

**Выводы:**

1. Триомбраст у крыс в избранной дозе и длительности введения вызывает поражение почек, преимущественно эпителиоцитов ПИК КН, степень выраженности которого широко варьирует в популяции животных.
2. Синхронно с морфологическими проявлениями нефропатии в эпители канальцев регистрируются снижение активности ключевых ферментов метаболизма:  $\text{ЩФ} > \text{ЛДГ} = \text{КФ} = \text{НАДН-ДГ} > \text{СДГ}$ .
3. Морфологические и гистохимические показатели поражения почек триомбрастом тесно взаимосвязаны между собой, о чем свидетельствуют положительные коэффициенты корреляции.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Волгина, Г.В. Контраст-индуцированная нефропатия: патогенез, факторы риска, стратегия профилактики / Г.В. Вологина // «Нефрология и диализ». – 2006. – № 1. – С. 17–23.
2. Пирс, Э. Гистохимия теоретическая и прикладная / Э. Пирс; под ред. В.В. Португалова. – Москва: Издательство иностранной литературы, 1962. – 962 с.
3. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных / О.Ю. Реброва. – Москва: МедиаСфера, 2002. – 312 с.
4. Gleeson, T. Contrast-Induced Nephropathy / T. Gleeson, S. Bulugahapitiya // Am. J. Roentgenol. – 2004. – Vol. 183, № 6. – P. 1673-1689.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕЦИСТО-ХОЛЕДОХЕАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ**

**<sup>1</sup>Батвинков Н.И., <sup>2</sup>Олейник А.О.**

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

**Актуальность.** В последние годы отмечается значительный рост числа пациентов, страдающих желчно-каменной болезнью, которая в Европе и северной Америке выявляется у 10-15% населения. Одним из грозных осложнений указанного заболевания является синдром Миризи, впервые описанный аргентинским хирургом Pablo Luis Mirizzi в 1948 году, как спазм мышечного слоя общего печеночного протока в ответ на вколоченный конкремент в области шейки желчного пузыря. В настоящее время различают два типа синдрома Миризи. Для первого типа характерно сужение гепатикохоледоха в ответ на конкремент или группу конкрементов, расположенных в шейке пузыря или пузырном протоке. При втором типе образуется свищ между желчным пузырем и гепатикохоледохом, через который конкремент из желчного пузыря может перемещаться в просвет гепатикохоледоха. В этих случаях происходят деструктивные изменения стенок внепеченочных желчных протоков, что делает хирургическое вмешательство весьма сложным в техническом плане.

**Цель.** Улучшить результаты лечения пациентов с холецисто-хоledoхеальными свищами, как проявления синдрома Миризи.

**Материал и методы.** В этих случаях деструктивные изменения стенок гепатикохоledoха колебались от 1/3 диаметра до полного разрушения их. Механическая желтуха наблюдалась у 4 пациентов, при этом максимальный ее уровень достигал 300 мкмоль/л. Во всех случаях это сопровождалось острым холангитом. В одном случае механическая желтуха была первым проявлением синдрома Миризи второго типа. При УЗИ отмечался сморщенный желчный пузырь, расширение внутрипеченочных протоков и проксимальных отделов гепатикохоledoха. Более полную информацию получили с помощью магнитно-резонансной томографии, эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии, а при расширении внутрипеченочных желчных протоков выполнялась чрескожная чреспеченочная холангиография.

**Результаты и их обсуждение.** Все пациенты с синдромом Миризи второго типа подверглись оперативному вмешательству, при этом во всех случаях только во время операции был подтвержден предположительный диагноз синдрома Миризи с формированием холецисто-хоledoхеального свища. В одном случае предполагался холецистодуоденальный свищ, правильный диагноз был установлен только во время операции, что объясняется неподготовленностью хирурга к операции по поводу холецисто-хоledoхеального свища. Сущность хирургического вмешательства состояло в холецистэктомии и ликвидации дефекта стенки гепатикохоledoха. В трех случаях это достигалось за счет пластики его лоскутом шейки желчного пузыря. В последующем производилась трансдуоденальная папилосфинктеротомия с наружным дренированием внутри-и внепеченочных желчных протоков. Во всех случаях наружный конец дренажа выводили дистальнее зоны пластики гепатикохоledoха. У двух пациентов при дефекте стенки желчного протока до 1/3 его диаметра выполнено его ушивание. Особые сложности возникают при полном разрушении стенок гепатикохоledoха на протяжении от конfluence до ретродуоденального отдела хоledoха. При отсутствии признаков гнойного воспалительного процесса показано наложение гепатико-или бигепатикоеюноанастомоза. В противном случае хирурги ограничиваются наружным дренированием желчных протоков. У одной пациентки 87 лет при наличии полного разрушения гепатикохоledoха на большом протяжении в условиях гнойного воспалительного процесса мы вынуждены были операцию закончить протезированием желчного протока, проксимальный конец имплантата фиксировали в области конfluence с его герметизацией, а дистальный провели в двенадцатиперстную кишку через большой дуоденальный сосочек, что позволило в дальнейшем избежать повторной операции у пациентки преклонного возраста. В этом случае диаметр конкремента, вышедшего в просвет гепатикохоledoха, составлял 4 см. У всех пациентов, оперированных по поводу холецисто-хоledoхеальных свищей, послеоперационный период протекал без опасных для жизни осложнений. Все они были выписаны из хирургического отделения в удовлетворительном состоянии.

## **Выводы.**

1. Синдром Миризи является редким осложнением желчнокаменной болезни, диагностика которого представляет значительные трудности, несмотря на применение современных методов исследования.

2. Особые сложности возникают при хирургическом лечении пациентов холецистохоледохоальными свищами с разрушением стенок гепатикохоледоха на значительном протяжении.

3. Госпитализация пациентов с синдромом Миризи показана в хирургические стационары с наличием высококвалифицированных специалистов и оснащенных соответствующим оборудованием.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Батвинков, Н.И. Синдром Миризи / Н.И. Батвинков, А.В. Кухта // Журнал ГрГМУ. – 2011. – № 3. – С. 66-68.

2. Савельев, В.С. Синдром Миризи диагностика и лечение / В.С. Савельев, В.И. Ревякин // М. Медицина, 2003. – 112 с.

3. Синдром Миризи / С.Г. Шаповальянец [и др.] // Медицина. – 1989. – № 6. – С. 97-100.

## **МЕЗОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ АЛОПЕЦИИ**

**Белазарович А.А.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** Частичное либо полное патологическое выпадение волос на волосистой части головы и других частях тела носит название алопеция. Являясь значительно выраженным косметическим недостатком, облысение снижает качество жизни, часто приводит, приводит к психической дезадаптации, вызывая как социальные проблемы, обусловленные ограничением в выборе профессии, трудоустройстве и социальной перспективы, так и экономические в связи с длительностью лечения и его высокой стоимостью.

В структуре всех заболеваний волос нерубцовая алопеция составляет более 80%, т. е. является наиболее частой причиной потери волос, поражающей от 30-40% людей в возрасте до 50 лет. [1, 2, 5] К ней относят гнездную алопецию (alopecia areata), андрогенетическую алопецию (alopecia androgenetica), диффузную алопецию (alopecia diffuse).

Несмотря на многолетнюю историю этой проблемы, вопросы этиопатогенеза, диагностики и лечения нерубцующейся алопеции до сих пор недостаточно изучены. В связи с тем, что патогенез алопеции, согласно мнению большинства авторов, связан с нарушением микроциркуляции и трофики кожи волосистой части головы, одним из наиболее эффективных методов лечения на сегодняшний день является мезотерапия. Это множественные внутрикожные инъекции в проблемные зоны активных веществ. Терапевтический эффект